188
Lane Medical Library

Klinisches

über

den Uterus unicornis und infantilis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung des Grades

eines

Doctors der Medicin

verfasst

und mit Genehmigung

Einer Hochverordneten Medicinischen Facultät der Kaiserlichen Universität

zu Dorpat

zur öffentlichen Vertheidigung bestimmt

von

Paul Faber.

Ordentliche Opponenten:

Doc. Dr. **L. Kessler.** – Prof. Dr. **A. Vogel.** – Prof. Dr. **J. v. Holst.**

Dorpat.

Druck von Schnakenburg's Buchdruckerei.

1881.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät.
Dorpat, den 11. Mai 1881.

Decan: F. A. Hoftmann.

No. 193.

(L. S.)

Meinem hochverehrten Lehrer und ehemaligen Chef Herrn Prof. Dr. J. v. Holst sage ich für alle Freundlichkeit, Nachsicht und Unterweisung in dem mir lieb gewordenen Fach meinen wärmsten Dank, sowie auch für die Rathschläge und die Hilfe, die mir in reichem Maasse bei vorliegender Arbeit zu Theil wurden.

Einleitung.

Der Zweck meiner Arbeit ist Einiges in Bezug auf die Kenntniss zweier rudimentärer, am häufigsten vorkommender Uterus - Formen, des Uterus unicornis und infantilis zu ergänzen; besonders noch der einzigen, wirklich gute Resultate schaffenden Untersuchungsmethode mehr Eingang zu verschaffen. Vom Jahre 1865 an bis jetzt stehen mir mehr oder minder genaue Notizen über 15 in der gynäkol. Klinik zu Dorpat und 3 von mir selbst dort sorgfältig beobachtete und untersuchte Fälle No. 1, 2 u. 3 zu Gebote. Die 15 Fälle sind alle mit der Diagnose: Uter. infantilis versehen; unter meinen 3 Fällen ist ein Uterus unicornis ohne Nebenhorn und zwei Uter. infantil. Als Assistent der Klinik war mir die Gelegenheit geboten die Fälle genau zu beobachten und häufig, wenigstens 10—12 Mal jeden einzelnen zu untersuchen.

Von den 15 Fällen werde ich nur einzelne, die Typen aller übrigen, wiedergeben, da sonst zu viel Wiederholungen vorkommen würden, werde aber alle, auch die von Herrn Prof Dr. J. v. Holst in seinen Schriften angeführten Fälle, zu allgemeinen Schlussfolgerungen benutzen.

Die Diagnose aller dieser Fälle ist entweder von Herrn Prof. v. Holst selbst gestellt oder bestätigt worden.

Die rudimentären Uterus-Formen waren, soweit aus der Literatur ersichtlich, bis 1864 fast nur aus anatomischen Praeparaten bekannt; eine annähernd sichere Diagnose und noch weniger eine Differential-Diagnose konnte mit den damals üblichen Untersuchungsmethoden gar nicht gemacht, höchstens konnte in besonders günstigen Fällen mit Hilfe der Anamnese mit einiger Wahrscheinlichkeit der Uter. unicorn. diagnosticirt werden. In den alten Lehrbüchern aus den vierziger und fünfziger Jahren findet man überhaupt eine höchst mangelhafte Kenntniss der rudimentären Uterus-Formen; das vollständige Fehlen des Uter. wird angeführt, auch das Stehenbleiben des Uter. auf der Entwickelungsstufe des foetalen, letzteres selten und nur beiläufig. Der Uter. unicorn. scheint gar nicht bekannt gewesen zu sein, wogegen der Uter. bicorn. überall fast mit grosser Ausführlichkeit beschrieben wird.

Erst seit den Arbeiten Rokitanski's und besonders seit dem Erscheinen des Buches von Kussmaul im Jahre 1859 „Von dem Mangel, der Verkümmerung und der Verdoppelung der Gebärmutter" sind wir mit allen diesen Formen genauer bekannt geworden. Später haben auf diesem Gebiete noch Förster, Livius Fürst, Klob gearbeitet.

Bevor ich das, was in klinischer Hinsicht geleistet und gesagt, anführe, werde ich die Definitionen der von mir gewählten Uterus-Formen seitens der pathologischen Anatomen anführen: Kussmaul, auf den sich alle anderen mehr oder weniger berufen, sagt vom Uter. unicorn.: „Der Uter. unicorn. stellt einen in die Länge gestreckten, kegel- oder walzenförmigen, nach der entsprechenden Seite hin gekrümmten Körper dar, aus dessen oberem Ende der Eileiter mit dem Eierstock hervorgeht."

„Auf der convexen Seite mangelt ein zweites Horn entweder ganz, oder es ist nur in verkümmerter Gestalt zugegen. Mangelt das zweite Horn ganz, so fehlen entweder auch Eileiter, Eierstock und rundes Mutterband dieser Seite, und das lig. latum geht vom untersten Ende des Uter. zur Beckenwand über, oder diese Organe sind in verkümmerter Gestalt angedeutet."

„Der Körper des Uter. unicorn. besitzt in jungfräulichem Zustande eine geringere Masse, als der einer gewöhnlichen Gebärmutter, und sein Hals ist länger und dicker als der Körper, was an den Uter. foetal. erinnert."

„Ein eigentlicher Grund kommt dem Uter. unicorn. nicht zu, seine Wände verdünnen sich zunehmend nach oben gegen die Spitze zu, wo sich der Eileiter einsenkt."

„Die einhörnige Gebärmutter besitzt immer eine zu ihrer Breite unverhältnissmässig grosse Länge, sie ist relativ nicht absolut zu lang."

„Der Scheidentheil ist klein, die jungfräuliche Scheide der einhörnigen Gebärmutter enge."

„Der Uter. unicorn. findet sich nicht selten als selbständiger, nur auf die Geschlechtswerkzeuge beschränkter Bildungsfehler vor."

In Bezug auf die Physiologie sagt Kussmaul: „Die Menstruation scheint bei einhörniger Gebärmutter mit und ohne Nebenhorn, wie bei normal gebildeter Gebärmutter sich zu verhalten.“

„Die nur einhälftige Entwicklung der Gebärmutter beeinträchtigt ihre Fähigkeit geschwängert zu werden nicht, bedingt also keine Unfruchtbarkeit. Die einhörnige Gebärmutter kann oft und sogar sehr oft (zehnmal: Chaussier) geschwängert werden.“

„Es liegt kein Grund vor, die Behauptung aufzustellen, der geschwängerte Uter. unicorn. sei zu Abortus geneigt.“

„Bei einhörniger Gebärmutter mit verkümmertem zweiten Horne gestatten das entwickelte, wie das mangelhaft ausgebildete Horn befruchteten Eiern Aufnahme und Entwickelung,“ wobei es wohl immer zwischen dem 3ten und 6ten Monat „zur Zerreissung des Fruchtsackes mit Austritt des Eies oder der Frucht allein in die Bauchhöhle und tödtlicher Verblutung“ kam, wenn das Ei sich im Nebenhorn entwickelt hatte.

„Der Geburtshergang nach Schwangerschaft im ausgebildeten Horn scheint in allen Fällen ohne besondere Schwierigkeiten erfolgt zu sein. Auch das Wochenbett bedingt keine besonderen Gefahren.“

Ueber den Uter. foetal. und infantil. sagt Kussmaul: „Die gewöhnlichste dieser Formen ist diejenige, wo der einfache Uterus eines erwachsenen Weibes in Bezug auf Grösse, Gestalt, Längenverhältniss von Körper zu Hals, und auf die Dicke der Wandungen an die Gebärmutter des sechsten bis neunten Fruchtmonats oder des geschlechtsunreifen Mädchens vom ersten bis zum vierzehnten oder sechszehnten Lebensjahre erinnert, ohne dass anderweitige

Fehler an ihm bemerkt werden: — Uterus foetalis et infantilis im engeren Sinne.“

„Die Gebärmutter kann beim erwachsenen Weibe die Länge von derjenigen einer Frucht von 6—9 Monaten beibehalten, also 1—1½ Zoll. Andere Male erreicht dieselbe eine Länge von 2 Zoll und darüber, wie bei Mädchen, welche der Geschlechtsreife nahen, ohne aber den jungfräulichen Charakter anzunehmen. Oder endlich sie gewinnt die volle Länge einer jungfräulichen, ohne die anderen Eigenthümlichkeiten.“

„Die Länge des Halses überwiegt bei diesem Bildungsfehler immer beträchtlich die des Körpers. Der arbor vitae erstreckte sich in den meisten Fällen bis zum orific. intern. und die Höhle des Körpers erschien glatt, ein Beweis, dass in diesen Fällen die Gebärmütter noch im sechsten bis siebenten Jahre oder später Entwickelungsfortschritte gemacht hatten.“

„Die Dünnheit der Wandungen ist neben der Kürze des Körpers bei vorwiegender Länge des Halses das bezeichnendste Merkmal des foetalen und infantilen Uterus. Der Scheidentheil bildet bei der Kleinheit der ganzen Gebärmutter eine nur kleine Hervorragung im Scheidengrunde, oder fehlt ganz. Der äussere Muttermund stellte eine feine Querspalte oder ein kreisrundes Grübchen dar. Die Eierstöcke fehlen zuweilen ganz, oder sie sind kaum angedeutet und nur rudimentär angelegt. Nach Kiwisch zeigen die Eierstöcke zuweilen die zungenförmige, gelappte Gestalt und Grösse der Fruchtzeit, ohne alle Andeutung geformter Graaf'scher Bälge. In den meisten Fällen erscheinen sie von der Grösse und Beschaffenheit, die sie kurz vor dem Eintritt der Geschlechtsreife zeigen, länglich-eirund, glatt an der Oberfläche, verhalten sich aber ver-

schieden in Bezug auf die Graaf'schen Bälge. Entweder ist nämlich das Gewebe eine gleichmässig derbe und zellstoffige Masse, in der man statt Bläschen vereinzelte runde, solide Körper antrifft, oder im bindegewebigen Stroma finden sich viele Graaf'sche Bälge, welche die Grösse kleiner Erbsen erreichen können, aber es kommt zu keiner Bildung gelber Körper und Narben. Dies beweist, dass diese Bälge entweder keine Eier bilden, oder was der Menstrual-Molimina wegen, die solche Personen erleiden, wahrscheinlicher ist, dass Eier zwar gebildet, aber nicht zur Reife gebracht werden. Die Eileiter sind mehr oder weniger vollständig entwickelt vorhanden."

„Die Scheide kann die gewöhnliche Weite und Länge besitzen, in der Regel aber ist sie kürzer und enger. Die äusseren Geschlechtstheile sind in den meisten Fällen wenig, selten gut ausgebildet."

„Die Brüste fehlen entweder ganz oder sind klein und flach, nur in einem Falle waren sie gross."

Der Körper kann nach Kussmaul jede beliebige Gestalt haben.

„Der Uter. foetal. findet sich somit bei jeder Körpergrösse."

Ebenso können ganz weibliche Formen vorhanden sein, „in der Regel aber nur die des unentwickelten Mädchens." „Die Menstruation scheint meist zu fehlen oder doch sehr spärlich vorhanden zu sein. Geschlechtliche Neigungen können völlig fehlen, aber auch besonders stark vorhanden sein." „Die potentia coëundi ist in der Regel vorhanden, die potentia concipiendi fehlt."

Livius Fürst giebt in seinem Werke über Bildungshemmungen des Uterovaginal-Canals keine detaillirteren pathologisch-anatomischen Beschreibungen.

Aus der pathologischen Anatomie der weiblichen Sexualorgane von Klob ist nichts anzuführen, was nicht schon aus Kussmaul's Arbeit angeführt ist. Dasselbe gilt vom Handbuch der pathol. Anatomie von Klebs und vom Lehrbuch der pathologischen Anatomie von Birch-Hirschfeldt. Es wird in allen immer von einem Uterus foetalis und infantilis gesprochen, ohne die einzelne Form genau zu definiren. In den ältesten Lehrbüchern der Gynäkologie finde ich rudimentäre Uterus-Formen angeführt, so in dem Lehrbuch von Gustav Carus 1820.: „Die Gebärmutter sah man in mehreren Fällen selbst bei vorhandenen äusseren Genitalien gänzlich mangeln, oder in den früheren Lebensjahren sich so wenig entwickeln, dass bei herannahender Pubertät sie noch in derselben Grösse, wie beim neugeborenen Kinde gefunden wurde; Missbildungen, welche nothwendig Unfruchtbarkeit zur Folge haben und unheilbar sein müssen. Ferner findet man nicht selten den der Grösse nach normal entwickelten Uterus, der Gestalt nach ganz auf dieselbe Weise gebildet, wie er sonst nur in früheren Perioden des Foetuslebens getroffen wird.“ Es wird der Uterus divisus, bicornis und duplex angeführt, und dass häufig Schwangerschaft und Geburt hier gestört werden, ja der Tod herbeigeführt wird. Die hier genannten Formen werden in den Lehrbüchern der darauf folgenden Jahre ebenso und ganz kurz angeführt; genauer werden, aber auch immer nur dieselben Formen im Lehrbuch von Dietr. Wilh. Busch 1841 beschrieben. „Häufiger als das Fehlen der ganzen Gebärmutter oder einzelner Theile derselben, beobachtet man eine regelwidrige Kleinheit dieses Organs in seinem ganzen Umfange oder in einzelnen Theilen. Der Uter. bleibt in diesem Falle in einer früheren Periode seiner Entwickelung stehen.:“ Im Foetus oder

in der Kindheit bildet sich dieser Zustand aus. „Bald scheint ein primärer Bildungsfehler, bald ein Krankheitszustand dem Uebel zu Grunde zu liegen. Diese Abnormität kann das ganze Organ betreffen oder nur einzelne Theile, und besonders häufig findet man eine abnorme Kleinheit des Mutterhalses. Der Grad derselben ist übrigens sehr verschieden, und da wir die Ausdehnung der Gebärmutter im Leben nicht genau auffinden, sie überhaupt nicht bestimmt angeben können“ etc. An einer anderen Stelle heisst es: „Bei der Unmöglichkeit, eine genaue Diagnose im Leben zu stellen“ etc.

In dem französischen Lehrbuch der Gynäkologie von Dr. Colombat von Isère, übersetzt von Frankenburg 1841, wird sehr kurz nur vom Uter., der auf der kindlichen Entwicklungsstufe zurückgeblieben ist, vom Uter. bicorn. gesprochen und dann: „In einigen seltenen Fällen hat man nur ein Ovarium, eine Trompete und eine Hälfte der Gebärmutter vorgefunden.“ Von dem Versuche einer Diagnose dieser Formen ist nicht einmal die Rede.

Fr. Ludw. Meissner beschreibt in seinem Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1842 den Mangel der Gebärmutter, den Uter. duplex, bicornis und bilocularis recht genau mit vielen Literaturangaben und giebt folgende Methode zur Diagnose des Fehlens des Uterus an: „Man bringe einen männlichen Catheter, dessen Ende fest verstopft ist, in die gefüllte Blase, dreht die Concavität zum Rectum, während man mit der linken Hand den Catheter hält und leitet, untersucht man mit dem Zeigefinger der rechten Hand durch den Mastdarm sich immer nach der Spitze des Catheters richtend.

Dann wird ein Fall beschrieben, der jedenfalls als unicorn. zu deuten ist: „Eine besondere Missbildung

beobachtete Pole an einem neugeborenen Kinde. Es bot dieses Organ die Gestalt eines Kegels dar, der mit seiner Spitze der rechten Seite zugekehrt war. Aus dieser Spitze entsprang die rechte Tuba, doch lag das Ovarium dem Uterus so nahe, dass es unweit der erwähnten Spitze mit demselben verwachsen war. Die linke Tuba entsprang aus dem unteren Theile des Mutterhalses, war zweimal so lang als die rechte und das Ovarium lag weit vom Uterus ab". In einem Lehrbuch der Gynäkologie von Dr. H. Hölder 1853, also in einer Zeit, wo man combinirt untersuchte, wo die Sonde schon angewandt wurde, heisst es bei der Atrophie des Uter.: Eine bedeutende Verkleinerung kann an der Lebenden nicht erkannt werden. Von den Missbildungen ist überhaupt fast gar nicht die Rede.

Zum ersten Male finde ich des Uterus unicorn erwähnt in der „Klinik der Geburtshülfe und Gynäkologie" von Braun, Chiari und Spaeth, 1855. Daselbst wird die Diagnose an der Lebenden aus folgenden Momenten gestellt: 22jähriges nicht menstruirtes Individuum; das obere Ende der Vagina spitz zulaufend; die port. vag. ein schwacher Vorsprung, „dessen nach links gehende Oeffnung für eine feine Sonde nur auf einige Linien durchgängig war. Durch das Scheidengewölbe und durch den Mastdarm fühlte man ein nach rechts retortenförmig gebogenes Uterus-Horn, dessen unterer Theil mit der Vaginalportion zusammenhing; nach links fühlte man in einiger Entfernung vom Uterus einen plattgedrückten mandelförmigen Körper, den wir für das Rudiment des zweiten Uterus-Hornes halten mussten".

Ebenso ist auch hier zum ersten Male der wohl charakterisirte Uterus foetalis beschrieben, die Diagnose an der Lebenden gestellt.

„Den auf der foetalen Entwicklungsstufe zurückgebliebenen Uterus beobachteten wir zwei Mal;“ bei einem 21 Jahr alten Mädchen und bei einer 30 Jahr alten Frau. „Die äusseren Geschlechtstheile ausgebildet, behaart; die Scheide eng, lang, die port. vag. klein, warzenförmig, das orific. eng, für eine dünne Uterus-Sonde der Cervical-Kanal und der Uterus-Körper auf $2^1/_2$ Zoll durchgängig. Durch das Rectum bot der ganze Uterus keine grössere Länge; die Wandungen des Uterus schlaff; Menstruation nie dagewesen.“

In einem englischen Lehrbuch der Gynäkologie von Dr. Charles West, übersetzt von Dr. W. Langenbeck ist nichts über die Missbildungen des Uterus gesagt. Dasselbe gilt von dem Lehrbuche des Engländers Edward John Tilt 1864.

Seit 1859, dem Erscheinen des früher erwähnten Buches von Kussmaul war das pathologisch-anatomische Interesse für die Missbildungen des Uterus erhöht, in klinischer Hinsicht dagegen konnte wenig gewonnen werden, da eine sichere Diagnose z. B. des Uter. unicorn. foetal. und infantil. nach den Ansichten der Meisten — auch Kussmaul äussert sich so — nicht gestellt werden konnte, noch weniger eine Differential-Diagnose dieser einzelnen Formen. Es fehlte eine Methode, durch die z. B. die membranöse Beschaffenheit der Wandungen des Uterus, das Verhältniss der Länge des Halstheils zum Körper des Uterus, und andere Merkmale mit einiger Sicherheit bestimmt werden konnten.

Ueber dieses Thema erschienen 1864 2 Abhandlungen von v. Holst: in Betschlers „Klinischen Beiträgen“ 2tes Heft, herausgegeben in Breslau, und in den „Beiträgen zur Heilkunde,“ herausgegeben von der Gesellschaft praktischer Aerzte zu Riga Bd. V. Liefer. 2.

Eine 3te Abhandlung von v. Holst erschien 1865 in Tübingen im Verlage von Laupp und Siebeck im ersten Band der Beiträge zur Gynäkologie und Geburtskunde. In diesen drei Abhandlungen wird die Diagnose der rudimentären Uterus-Formen im Allgemeinen, und auch in günstigen Fällen eine speciellere Diagnose durch eine höchst sinnreich erdachte Untersuchungsmethode ziemlich sicher gemacht: Es wird die Sonde in die Uterus-Höhle eingeführt, mit der Concavität zum Rectum umgedreht und in dieser Lage erhalten, während man die combinirte Untersuchung durch die Bauchdecken und den Mastdarm ausführt.

A priori scheint diese Methode recht vollkommen, da mit ihrer Hilfe sich die meisten, wenn nicht alle Merkmale feststellen lassen müssten, auf die es bei der Diagnose und Differential-Diagnose des Uterus unicornis, foetalis und infantilis ankommt. In der Praxis bestätigen sich auch die Vorzüge dieser Methode aufs Beste. Trotzdem hat sie sich bis jetzt im Ganzen wenig eingebürgert; in der Literatur konnte ich keinen Fall finden, wo dieselbe angewandt wird oder angewandt werden soll.

In der neueren Literatur findet man über die genannten Uterus-Formen nur einige Beschreibungen von Praeparaten des Uterus unicorn. und Berichte über Schwangerschaft und deren Verlauf im verkümmerten Nebenhorn und im entwickelten Horn des Uterus unicornis. Dieses gilt sowohl für die bekanntesten Zeitschriften: Arch. f. Gynäkol. v. Credé u. Spiegelberg, Zeitschrift für Geburtskunde und Gynäkologie v. Fassbender, Martin etc., Monatsschr. f. Geburtskunde u. Gynäkologie von Credé, Hecker, Martin von 1864 an, Centralblatt f. Gynäkologie von Fritsch und Fehling, als auch in gewissem Sinne für die Lehrbücher und Mono-

graphieen, wo diese Formen zwar alle angeführt werden, in ersteren jedoch nicht so, dass man sich ein genaues Bild von ihnen und von ihren Trägerinnen machen kann; überall wird die Unmöglichkeit einer sicheren Diagnose an der Lebenden betont.

Im Compendium der Gynäkologie von Adolph Steinhausen, 1865, finden wir die Unmöglichkeit der Diagnose des Uter. unic. an der Lebenden besonders hervorgehoben. Der Diagnose des Uter. foetal. und infantil. wird gar nicht Erwähnung gethan. Es wird von 2 Uter.-Formen gesprochen: „Ein Stehenbleiben des Uter. auf der foetalen Form nach Grösse und Gestalt, indem der Cervical-Theil den Körper des Uter. bedeutend überwiegt und der ganze Uterus eine cylindrische Form behält. Oder der Uterus ist der Form nach normal, aber die Grösse ist von der Norm abweichend."

Scanzoni sagt in seinen Frauenkrankheiten, Wien 1867, IV. Aufl.: „Die Diagnose des Uterus unicorn. ist unseres Dafürhaltens im Leben unmöglich."

Bei der mangelhaften Entwickelung der Gebärmutter heisst es: „Unter foetaler Form des Uter. versteht man jene, wo der Halstheil den Körper des Organs an Grösse so überragt, dass das ganze Organ eine mehr cylindrische Gestalt annimmt etc., dabei sind die Wandungen auffallend dünn und die port. vag. fehlt entweder ganz oder bildet nur eine kleine Hervorragung im Scheidengrunde." „Die zweite Art der zurückgebliebenen Entwicklung, wo nämlich der Uterus nur durch die geringeren Grössenverhältnisse eine Abweichung von der Norm zeigt" etc. Hinsichtlich der Diagnose: „Gelingt es die Sonde durch den meist auch verengerten Cervical-Canal einzuschieben, so ist die auf diese Weise nachweisbare Verkürzung des ganzen

Uterus ein wichtiges Hilfsmittel für die Diagnose.“ In der fünften Auflage, Wien 1875, ist nichts zu dem Gesagten hinzugekommen.

Livius Fürst citirt in seinem früher angeführten Buche 1878. mehrere Fälle aus den erwähnten Abhandlungen von v. Holst, spricht über die Untersuchungsmethode nichts, urtheilt aber über die Möglichkeit der Diagnose dieser Uterus-Formen sehr absprechend; besonders bei der Diagnose des Uterus unicorn. sine ullo rudim. cornu alter. sagt er: „Es wird in diesen Fällen ein rudimentäres Nebenhorn der Untersuchung entgangen sein“ weil in anderen Kliniken so selten diese Diagnose gestellt ist.

Ueber den Uterus foetal.: „In manchen Fällen finden wir einen Uterus vor, welcher die für diese Periode (20. Woche des Fruchtlebens bis zur Geburt) charakteristische stärkere Auswölbung der Höhle und die Verwandlung seiner dreizipfligen, walzenförmigen Gestalt in die birnförmige vermissen lässt.“

„Dass diese Bildungshemmungen noch seltener als die vorigen während des Lebens diagnosticirt werden können, ist sehr einleuchtend.“

Ueber den Uter. infantil.: „Von der Geburt bis zur Pubertät und deren Ende nimmt die Wand des Körpers und des Grundes gradatim an Dicke zu. Werden diese Veränderungen gehemmt, so entsteht der Uter. infantil. der noch viel seltener gefunden wird, als der Uter. foetal., hat aber insofern mehr praktische Bedeutung, als er durch eine passende örtliche und innere Behandlung oft noch nachträglich zur vollen Entwicklung gebracht wird.“ (In strictem Gegensatz zu Kussmaul und anderen Autoren). In dem Lehrbuch von Dr. Graily Hewitt, deutsch von Dr. H. Beigel, finde ich nur Folgendes: „Nicht so selten

ist es aber zu finden, dass die vorhandene Gebärmutter oder die Ovarien ihre infantile Beschaffenheit beibehalten und denjenigen Entwicklungsgrad nicht erlangt haben, welcher zur Verrichtung der catamenialen Functionen nöthig ist.“ „Angeborene Kürze des Uterus-Canals kommt dort vor, wo eine unvollkommene Entwicklung des Uterus stattgefunden hat.“ Im Uebrigen wird auf Kussmaul's Werk verwiesen. In der 2. Auflage desselben Werkes, Erlangen 1873, ist dasselbe gesagt.

Im Lehrbuch der Gynäkologie von Dr. T. G. Thomas, übersetzt von Dr. Max Jaquet, Berlin 1873, ist nur im Capitel über die mangelhafte Entwicklung der Ovarien in einer Krankengeschichte eines 21jährigen Individuums erwähnt, dass der Uterus „von der Grösse einer kleinen Nuss war und so leicht beweglich, dass seine Resistenz kaum palpabel war.“

In dem Lehrbuch von Dr. R. Flechsig, Leipzig 1871, sind alle rudimentären Uterus-Formen beschrieben und wird in Kürze das Wesentlichste gesagt; es wird kein Unterschied zwischen Uter. foetal und infantil. gemacht, aber ebenso wie im Scanzoni vom Uter. foetal. oder infantil. gesprochen und vom kleinen, aber normal geformten Uterus. Von einer Diagnose dieser Formen ist nicht die Rede.

Im Lehrbuch von Dr. H. Beigel, Stuttgart 1875, sind die rudimentären Uterus-Formen bis jetzt am genausten behandelt.

Ueber die Diagnose des Uter. unic. heist es:

„Die Unicornität des Uter. wird nur dann vermuthet werden können, wenn die Krümmung des Hornes eine auffallende ist. In der Regel findet aber eine solche Krümmung nicht statt und die Vaginal-Portion macht

sowohl auf den zufühlenden Finger, als bei der Inspection den Eindruck eines normalen Mutterhalses.“

Ueber den Uterus infantil.: „Derselbe wird als wohlgebildeter Uter. en miniature angetroffen. Bei der combinirten Untersuchung per rectum und vaginam gelingt es ohne Mühe die Contouren des regelmässig gebildeten, aber kleinen Uterus zu umschreiben. Eine dünne Sonde kann $^1/_2-1$ Zoll eingeführt werden.“

„Je nachdem dieser Zustand dem foetalen ähnlich ist oder in allgemeiner, jedoch symmetrischer Kleinheit des Uterus besteht, spricht man von einem Uterus foetal. und einem Uterus infantil.“

Im Grundriss der Gynäkologie von Dr. J. Cohnstein, in dem alle Missbildungen behandelt sind, heisst es vom Uterus unicornis: „Das Collum ist in der Regel, — wie beim Uterus foetal. länger und massiger wie der Körper.“ Ueber den Uterus foetal. — und infantil. ist dasselbe gesagt, wie in den Lehrbüchern von Beigel u. Scanzoni. Beim Uter. foetal. heisst es noch: „Die übrigen Geschlechtstheile, wie auch die Mammae sind in der Entwicklung zurückgeblieben.“ Beim abnorm kleinen, aber sonst normal geformten Uterus heisst es: „insbesondere ist die Vaginal-Portion unentwickelt, so dass dieselbe nur eine geringe warzenförmige Erhabenheit im Scheidengrunde bildet.“ Von dieser Form sagen Beigel u. Scanzoni dasselbe.

„Die Diagnose,“ sagt Cohnstein weiter, „wird beim foetalen und abnorm kleinen Uterus durch die combinirte Untersuchung festgestellt. Wo die Scheide die Exploration zulässt, wird einmal die Beschaffenheit der port. vag., andererseits die Sonde (Verkürzung des Uterus bei Kleinheit) Aufschluss geben.“

In dem Lehrbuch von Dr. C. Schroeder, Leipzig 1879, IV. Aufl., heisst es beim Uterus unicornis: „Die Diagnose kann man nur stellen, wenn man bei enger Scheide und kleiner port. vag. durch eine genaue combinirte Untersuchung nachweisen kann, dass der dünne, nach oben spitz zugehende Uterus sich im Bogen ungewöhnlich stark nach einer Seite umbiegt. Fühlt man an der anderen Seite einen Strang oder einen rundlichen Körper sich ansetzen, so muss man diesen als das rudimentäre Horn ansprechen."

Ueber den Uterus foetalis und infantilis heisst es: „Bleibt der Uterus auf der Stufe stehen, auf der er zur Zeit der Geburt oder im kindlichen Alter stand, so handelt es sich um einen Uter. foetal. oder infantil. Diese beiden Formen unterscheiden sich kaum. Diese Form des Uter. ist charakterisirt durch das Missverhältniss zwischen Hals und Körper" etc. „Die ganze Länge des Uter. beträgt selten mehr, als 4 Ctm., die Port. vag. klein, das orific. eng."

„Die Diagnose ist zu stellen, wenn man bei enger und kurzer Scheide und kleiner Vaginalport. bei der combinirten Untersuchung einen auffallend kleinen, schlaffen Uterus-Körper fühlt, während der Halstheil kräftig entwickelt ist. Der Muttermund ist oft so eng, dass man eine feine Sonde nehmen muss, um nachzuweisen, dass die Länge der Uterus-Höhle nur 3—5 Ctm. beträgt. Der Knopf der Sonde ist durch den dünnen Fundus bei der Palpation durch die Bauchdecken in der Regel auffallend deutlich zu fühlen." In dem Capitel über die Sonde in demselben Buch sagt Schroeder: „Die Sonde erleichtert die Palpation des Uterus oder ermöglicht sie überhaupt in den Fällen, in denen das Organ ausserordentlich schlaff und dünnwandig ist."

Dieselbe Indication zur Anwendung der Sonde unter Anderem giebt auch Chrobak an: „die Untersuchung

der weiblichen Genitalien“ in Billroths Handbuch der Frauenkrankheiten, Stuttgart 1879.

In Scanzoni's Beiträgen hat Schroeder vor wenigen Jahren 4 Fälle von Uterus foetal. und einen Fall von Uterus unicornis foetal. mit verkümmertem Nebenhorn veröffentlicht; in allen Fällen ist die Diagnose nur an der Lebenden gestellt worden. In den Hauptsachen stimmt Schroeder mit v. Holst überein: den Procentsatz des Vorkommens rudimentärer Uterus-Formen in den Rheinlanden, soweit das aus kleinen Zahlen ersichtlich, scheint nicht viel geringer zu sein, als der von v. Holst für Dorpat angegebene — 2,3%. Schroeder führt in dieser Schrift an, dass er in Uebereinstimmung mit v. Holst in der peinlich genauen Verwerthung des geringen klinischen Materials in Dorpat den Grund sieht, dass dort die rudimentären Formen des Uterus häufiger gefunden werden, als an anderen Orten.

Im Lehrbuch d. Frauenkrankheiten von Dr. C. Braun von Fernwald, Wien 1881, finde ich nichts mehr über die betreffenden Uterus-Formen, als in den bereits angeführten anderen Lehrbüchern.

Bei der Besprechung der drei früher genannten Abhandlungen v. Holst's habe ich in Kürze der Methode erwähnt, die v. Holst zur Diagnose der rudimentären Uterus-Formen vorgeschlagen und ausgebildet hat.

Den besten Einblick in diese Methode verschaffe ich, wenn ich gleich zu den einzelnen Fällen übergehe und in jedem Falle genau angebe, wie ich zu dem betreffenden Untersuchungsbefund gelangt bin.

I.

Kadri W., 19 Jahr alt, lettisches Mädchen, war vom 13. October bis 22. November 1880 in der gynäkologischen Klinik.

Nach ihren eigenen Aussagen und den Beschreibungen der Angehörigen leidet sie an epileptischen Krämpfen, die im 8. Lebensjahr zum ersten Mal aufgetreten sind. Im ersten Lebensjahr soll sie aus der Wiege auf den Kopf gefallen und einige Zeit danach krank gewesen sein. Die Regel nsind höchst selten und sehr spärlich, und sollen etwa vor einem Jahr das erste Mal eingetreten sein. Molimina menstrualia oder irgend welche Beschwerden sind nie dagewesen.

Krampfanfälle irgend welcher Art sind während der ganzen Zeit des Aufenthaltes in der Klinik bei Gebrauch von Bromkali ℈iij—℈iv. tägl. nicht beobachtet worden.

Kadri W. ist gut genährt, kräftig gebaut, gesund, vollständig entwickelt; Intelligenz normal; mit gefälligem und freundlichem Wesen. Der Habitus vollständig weiblich: der einer erwachsenen Jungfrau. Brüste gut entwickelt, dem Bau und Alter entsprechend, weibliche Stimme, runde Formen der Arme, zurückhaltendes weibliches Benehmen.

Die Körperlänge 146 Ctm., Schulterbreite 39, Beckenmasse: die einer Erwachsenen. Abstand der Trochant. 28½, der Cristen 26, der Spinen 24, Conj. ext. 17, Neig. 24°, — also ein pelvis justo minor geringen Grades. — Die Darmbeinschaufeln stehen wenig steil, die Darmbeine überragen die Kreuzbeinfläche, Schambogen weit, die Tubera ischii nach aussen stehend.

Der Mons Veneris normal, bogenförmig behaart, die grossen und kleinen Labien normal; erstere überragen

letztere vollkommen; das Hymen, eine halbmondförmige Klappe, bedeckt fast ganz die Oeffnung des Scheideneinganges.

Da die Bauchdecken straff sind, so ist eine genaue Untersuchung der Beckenorgane nur nach gelinder Abführung und in der Chloroformnarkose möglich. Der Scheideneingang ist des Hymens wegen zuerst sehr schwer für den Finger durchgängig, wird aber allmählich durch häufiges Untersuchen bequem ausgeweitet, ohne das Hymen zu verletzen. Die Vagina ist eine normale jungfräuliche, eng, runzlig. Die Port. vag. normal lang, konisch, aber auffallend schmal, von fast normaler Consistenz, nimmt die normale Stellung im Becken ein, sieht vielleicht ein wenig nach rechts. Das Orific. ext. ist als kleines, halbmondförmiges Grübchen — Convexität nach links — deutlich zu fühlen.

Bei der comb. Untersuchung fühlt man nur bei vollkommener Erschlaffung der Bauchdecken einen kleinen, beweglichen, schlaffen Uterus, der schräg mit dem Fundus nach links im Becken liegt; nach links, vorn und hinten ist die Beweglichkeit ausgiebig, nach rechts dagegen sehr gering.

Nachdem der Scheideneingang durch häufiges Untersuchen gehörig dilatirt ist, wird die Scheide mit der kleinsten Nummer der Kautschuk-Mutterspiegel untersucht: Scheidenwandungen jungfräulich, normal, Port. vag. klein, Orific. ext. halbmondförmig (Convexität nach links); keinerlei Catarrhe. Bei Einführung der Sonde tritt jedesmal, nach dem circa $^1/_3$ der Strecke passirt ist, ein Hinderniss — wohl das Orific. int. — auf, das leicht überwunden wird. Im Ganzen dringt die Sonde bis zur Marke — 7 Ctm. etwa — hinein; jedesmal nahm sie beim Hineingleiten in die Uterus-

Höhle eine schräge Stellung ein, so dass die Concavität nach links, die Spitze nach links oben, der Griff nach rechts sich stellte.

Die Untersuchung per rectum und Bauchdecken lässt die Verhältnisse im Becken klarer überschauen, weil die Scheidewand dünner ist und man höher hinaufkommt, wenn die drei andern Fingern unter das Kreuzbein geschoben werden. Die Port. supravaginal. auffallend schmal, die Port. vag. umfangreicher, da hier die Dicke der Scheidenwandungen hinzukommt; der Uter. schmal, schlaff, so dick etwa wie der Zeigefinger, höchstens 5 Ctm. lang, der Körper vielleicht ein wenig länger und dicker wie der Halstheil, welcher letztere durch seine grössere Derbheit auffällt. Zum Fundus hin wird der Uterus schmäler; der Fundus scheint ein wenig derber, als der übrige Theil des Körpers.

Gleich neben dem Fundus, ein wenig nach links, oben und hinten findet man ein walzenförmiges Organ, das im Zusammenhang mit dem Fundus zu stehen scheint, von der Dicke einer Erbse oder wenig mehr, circa dreimal so lang, beweglich, zwischen den Fingern rasch fortgleitend, wenig empfindlich — das Ovarium.

Das linke Lig. recto-uterin. ist deutlich zu fühlen, auch das linke Lig. latum, während rechts von beiden Gebilden nichts nachzuweisen ist. Rechts scheint die ganze Beckenhälfte leer zu sein; auch ein Ovarium ist nicht zu finden trotz sorgfältigster, oft wiederholter Untersuchung.

Der Uterus und seine allernächste Umgebung ist am besten zu palpiren, wenn man dem schlaffen Organ gleichsam eine Form giebt und dasselbe feststellt. Dieses geschieht, indem man die Sonde einführt, dieselbe mit den disponiblen Fingern hält oder von einem Gehilfen halten lässt und jetzt die combinirte Untersuchung per rectum und Bauch-

decken vornimmt. Besser ist es noch, man nähert den Uterus dem im Mastdarm untersuchenden Finger, indem man die Sonde im Uterus umdreht, so dass die Concavität zum Kreuzbein hin gerichtet ist; diese Manipulation liess sich jedesmal leicht ausführen. Untersucht man jetzt, so findet man den Uterus, der zuerst höchstens 5 Ctm. lang erschien, auffallend lang. Während zuerst der Halstheil fast ebenso lang, wie der Körper erschien, bildet jetzt der Körper ungefähr $^2/_3$ des ganzen Uterus und der Halstheil $^1/_3$, welcher letztere sich bei der eben angewandten Methode ganz besonders deutlich durch seine derbere Consistenz und dickeren Wandungen abgrenzen lässt. Die oben erwähnte Sondenuntersuchung bestätigte auch das Verhältniss der Länge des Cervix zum Körper.

Das ganze Organ ist schmal, walzenförmig, lang, der Körper mit schlaffen, dünnen Wandungen; jetzt kann man deutlich den etwas derberen und sich verschmälernden Fundus fühlen, an welchen sich, nur durch einen kleinen Zwischenraum getrennt, das Ovarium anschliesst. Der ganze Uterus ist abzutasten; von einem Anhängsel oder Höcker an demselben ist nichts zu constatiren. Ueberall ist die äussere Fläche glatt.

Versucht man mit dem Ende der Sonde vom Griff aus Bewegungen auszuführen, so findet man die Beweglichkeit nach rechts sehr beschränkt, während sie nach links, vorne und hinten vorhanden ist.

Da in diesem Fall wohl alle Merkmale des Uterus unicornis vorhanden sind und mit Sicherheit nachgewiesen werden können, so glaube ich auch berechtigt zu sein mit Sicherheit die Diagnose: Uterus unicornis sinister sine ullo rudimento cornu alter. stellen zu können.

Die folgenden Fälle sind alle, wie der Untersuchungsbefund es zeigen wird, mit einiger Sicherheit als Uter. infantil. zu diagnosticiren.

II.

Lisa W., 20 Jahr alt, estnisches Mädchen, war vom 21. Oct. bis 29 Nov. 1880 in der gynäkol. Klinik.

Seit Jahren leidet sie an zeitweise auftretenden Kopfschmerzen, an Schmerzen im Rücken zwischen den Schulterblättern; in der Herzgrube; an ziehenden Schmerzen in den Unterschenkeln.

Vor 1½ Jahren war die erste und letzte Menstruation, die einen halben Tag ohne die geringsten Beschwerden angedauert haben soll. Der Schlaf und Appetit sind im Ganzen gut, die Arbeitskraft ist wenig herabgesetzt.

Lisa W. ist gracil gebaut, Fettpolster wenig entwickelt, die Muskulatur straff und fest. Der Habitus und das Wesen vollständig weiblich, Intelligenz normal. Die Brüste gut entwickelt, breite Beckengegend. Abstand der Trochant. 30, der Cristen 27, der Spinen 25, die Conj. ext. 19, Neigg. 35°, Körperlänge 161, Schulterbreite 38 Ctm. Die Gestalt und das Wesen sind die einer erwachsenen Jungfrau. Die Gestalt und die Verhältnisse des Beckens vollständig die eines ausgewachsenen Weibes. Die äusseren Geschlechtstheile sind normal, jungfräulich. Der Scheideneingang wird durch ein halbmondförmiges Hymen bedeckt; auch hier wird der Scheideneingang durch häufiges Untersuchen schliesslich so weit, dass man bequem die kleinste Nummer der Specula einführen kann.

Die combinirte Untersuchung kann sehr genau gemacht werden, da die Bauchdecken nicht sehr straff sind und nur ein dünnes Fettpolster haben.

Die einfache Untersuchung ergiebt eine normale Scheide; die Port. vag. ist sehr klein, ragt kaum in die Scheide hinein; nur der hintere Theil ragt ein wenig hervor, der vordere geht in die Scheidenwandungen über, ist aber durch seine Consistenz zu erkennen. Das Orif. ext. ist als kleines rundes Grübchen deutlich zu erkennen. Die Specularuntersuchung ergiebt dasselbe.

Bei der combinirten Untersuchung ist nur der Cervix, vom Körper dagegen nichts zu fühlen, auch bei der comb. Untersuchung per rectum ist der Uteruskörper sehr selten als ganz kleines, schlaffes, bewegliches Organ nachzuweisen, das kleiner, wie die Port. cerv. scheint; letztere hebt sich durch ihre derbere Consistenz deutlich ab; dabei sind die beiden Ligg. lata, die beiden Ligg. recto-uterin. und zwei kleine Körper zu jeder Seite des Uterus ein wenig nach hinten, von der Grösse einer Erbse oder ein wenig grösser, rund, beweglich, zwischen den untersuchenden Fingern leicht fortgleitend zu fühlen, wenig empfindlich.

Die Sonde gleitet bequem bis zur Marke hinein — 7 Ctm.. Beim 4. oder 3. Theil des Weges ist jedes Mal ein Hinderniss zu überwinden — wohl das Orif. int. Die nach der Beckenaxe gekrümmte Sonde lässt sich leicht im Uterus umdrehen und mit der Spitze derselben kann man den Uter. nach allen Seiten hin bewegen. Dreht man die Sonde jetzt mit der Concavität zum Kreuzbein, hält sie in dieser Stellung oder lässt sie durch einen Gehilfen so halten und untersucht jetzt combinirt per rectum und Bauchdecken, so ist der Uter. aufs Genaueste nach allen Seiten abzutasten. Man findet ein schmales, walzenförmiges langes Organ, mit schlaffen, dünnen, membranartigen Wandungen, durch die hindurch man leicht die Sonde fühlen kann; am Fundus ist eine etwas derbere

Resistenz und geringe Verbreiterung nachweisbar; der Körper lässt sich leicht vom Cervix, der etwa $^1/_3$ oder $^1/_4$ des ganzen Uter. ausmacht, abgrenzen, da die Wandungen des letzteren derber und dicker sind. Man kann auch hierbei finden, dass der Körper des Uter. ein schlaffer Sack mit dünnen Wänden ist, indem man vom Griff aus die Sonde hin und herbewegt. Etwas zur Seite vom Fundus nach unten und hinten jederseits ist das erbsengrosse Ovar. zu fühlen. Lässt man jetzt, während man per rect. und Bauchdecken den Uter. zwischen den untersuchenden Händen festzuhalten sucht, die Sonde herausziehen, so glaubt man zu fühlen, wie das ganze Organ in sich zusammenfällt und kleiner wird — wie ein schlaffer Sack, dem die Stütze, die ihn aufgestellt, genommen wird.

Die Untersuchung konnte oft wiederholt werden, da sie der Lisa W. keine Beschwerden verursachte. Die Abtastung des ganzen kleinen Beckens, die Austastung der Ovarien war ohne irgend welche Schmerzen, während doch die Lisa W. durchaus nicht empfindungslos und torpid war. Die Schmerzen, über die sie klagte, waren lange vor der ersten Menstr. eingetreten, und waren im Sommer immer fast ganz geschwunden. In der Klinik konnten dieselben durch keine Therapie gelindert werden. Eine locale Therapie wurde natürlich nicht eingeleitet.

III.

Ella Z. 18 Jahr alt, jüdisches Mädchen, war vom 1. Nov. bis 8. Dec. in der gynäkol. Klin. Sie klagte über schmerzhafte, diffuse, entzündliche Schwellung an der vorderen Fläche beider Unterschenkel und bot mässige chlorotische Erscheinungen dar. Letztere seit 1 Jahr, die Schwellung der Unterschenkel seit 2 Monaten. Durch

Compression mit Flanellbinden sehr gebessert; die chlorotischen Erscheinungen bedeutend durch grosse Dosen-Eisen gebessert. Schlaf, Appetit und Verdauung immer gut. Im 13. Lebensjahr sind die ersten Regeln eingetreten, die bis jetzt sehr selten, unregelmässig und spärlich sich zeigten. Die letzten sind vor 4 Monaten gewesen und dauerten einen Tag. Nie waren Molimina menstrualia oder irgend welche Beschwerden dabei; nur durch den Ausfluss der geringen Blutungen machten sich die Regeln bemerklich. Die Körperform, Gestalt, Wesen, Charakter vollständig weiblich. Die Beckenmasse: Troch. — Abst. 31 Ctm., Cristen 28, Spinen 26, Conj. ext. 19, Neigg. 35°, Körperlänge 160, Schulterbr. 40; die Brüste sind gut entwickelt, der Gestalt und der Dauer der Geschlechtsreife entsprechend. Der Habitus ist der einer erwachsenen Jurgfrau. Intelligenz normal.

Ella Z. ist kräftig gebaut, gut genährt, mit gut entwickeltem Panniculus adiposus. Da die Bauchdecken aber wenig straff sind, so ist die comb. Untersuchung doch recht leicht auszuführen. Die äussere Untersuchung ergiebt normale jungfräuliche Geschlechtstheile; der Scheideneingang ist durch ein Hymen verschlossen; durch häufiges vorsichtiges Untersuchen wird ersterer allmälig so dilatirt, dass auch hier zuletzt die Specularuntersuchung vorgenommen werden kann, ohne das Hymen zu zerstören. Dieselbe ergiebt eine normale jungfräuliche Scheide, eine sehr kleine port. vag., in deren Mitte das Orif. extern. durch ein rundes Grübchen sich abhebt; die Schleimhäute sind vollständig gesund.

Die innere einfache Untersuchung ergiebt eine runzlige, rauhe Scheide, in die sehr wenig eine kurze und auffallend schmale Port. vag. hineinragt; die comb. Untersuchung per vag. und Bauchdecken ergiebt einen kleinen

schlaffen, beweglichen Uterus, der die normale Stellung im Becken einnimmt. Von diesen 3 Fällen war nur dieser Uterus auch per vag. und Bauchdecken zu betasten und seiner Grösse nach zu bestimmen. Der Körper ist so gross, wie das obere Daumenglied einer Männerhand; daran schliesst sich die etwas kürzere Port cerv., die von derberer Consitenz ist; der Fundus verbreitet sich deutlich, so dass der Uter. die Gestalt eines Ambosses erhält. Per rectum und Bauchdecken ist alles dieses viel deutlicher festzustellen; hier fühlt man auch beide Ligg. recto — uterin. und deutlich beide Ovarien neben dem Uter. von der Grösse einer Erbse oder ein wenig grösser, sehr beweglich und fasst gar nicht empfindlich.

Sondirt man, was leicht auszuführen, so tritt wieder auf ungefähr $^1/_3$ der Strecke jedes Mal ein leichtes Hinderniss auf. Die Sonde dringt bis zum Knöpfchen, — 7 Ctm. — hinein, lässt sich leicht umdrehen, und mit derselben kann der Fundus um Einiges nach jeder Richtung aus der Mittelstellung bewegt werden. Stellt man die Sonde mit der Concavität zum Kreuzbein fest und untersucht per rectum und Bauchdecken, so erscheint der Uter. grösser, als vorher, schmal; die Wandungen sind schlaff, die Sonde ist durchzufühlen, der Fundus ist breiter, derber; ebenso markirt sich der Cervix durch derbere Consistenz, der etwa $^1/_3$ der ganzen Länge des Uterus ausmacht. Versucht man per rectum und Bauchwandungen den Uter. mit den untersuchenden Händen zu fixiren und lässt durch einen Gehilfen die Sonde langsam herausziehen, so fühlt man auch hier, wie der Uterus zusammenfällt, kleiner wird.

Die Untersuchung konnte häufig gemacht werden, da dieselbe keine Schmerzen hervorrief.

IV.

Jette B., 20 Jahr, jüdisches Weib, war vom 1. Nov. bis 20. Nov. 1876. in der gynäkol. Klin. Sie hat noch nie menstruale Blutungen gehabt, wohl aber seit dem 18. Jahr in regelmässigen Intervallen von 3—4 Wochen Schmerzen im Kreuz und Unterleib, die 3—4 Tage dauern. Seit 3 Monaten verheirathet. Jette B. ist von schlankem Wuchse, gut entwickeltem Fettpolster und vollständig weiblichem Habitus; die Mammae sind trotz des guten Fettpolsters sehr wenig entwickelt. Der Warzenhof ist beiderseits klein, sehr schwach pigmentirt ohne Warzen. Beckenmasse: Entfernung der Trochant. 30, der Cristen 27, der Spinen 24, Conj. ext. 19, Neigg. 40°. Intelligenz normal, ausgesprochen weibliche Neigungen.

Der Mons Veneris gar nicht ausgebildet, die ganze Parthie an der Symphyse ist ganz haarlos. Die grossen und kleinen Schamlippen sind ganz in der Entwicklung zurückgeblieben; die Klitoris ist vorhanden. Am Scheideneingang die Reste des zerrissenen Hymens; derselbe, wie auch die Vagina eng, letztere von normaler Länge. Von einer Port. vag. ist nichts zu fühlen, nur ein seichtes Grübchen im Scheidengewölbe. Nur per rectum und Bauchdecken ist dort, wo normal der Uter. sein müsste, ein länglicher schmaler cylindrischer Körper zu fühlen, der im unteren Theil von derberer Consistenz, als im oberen; letzterer ist schlaff und weich, die Contouren genau festzustellen gelingt nicht ganz. Dieser cylindr. Körper steht gerade in der Mitte des kl. Beckens und hat etwa die Dicke einer Bleifeder; so viel lässt sich feststellen, dass dieser Körper nach keiner Seite hin abgewichen ist. Links

vom Uter. und ein wenig nach hinten ist ein kirschkerngrosses, sehr bewegliches Organ zu palpiren, das wenig empfindlich, — das Ovarium; rechts dagegen ist kein Ovarium zu finden; beide Ligg. recto-uterin sind zu fühlen. Sondirt man, so findet man auch hier, dass die Sonde bis zum Knöpfchen hineindringt. Bei im Uterus liegender Sonde kann man durch die comb. Untersuchung auch hier Port. cerv. und Corpus uteri gegen einander durch derbere Consistenz ersterer abgrenzen, wieder etwa $^1/_3$ oder $^1/_4$ des ganzen Uter. Die Uterus-Wandungen sind schlaff, membranartig, die Sonde ist durchzufühlen, vom Griff aus lässt sich mit dem Sondenende der Uter. nach allen Seiten hin bewegen. Der Uter. ist bequem abzutasten; keinerlei Erhebungen sind nachzuweisen. Zum Fundus hin wird er ein wenig dicker und derber und endet abgerundet.

Das kleinste Speculum wird eingeführt, wobei sich die Vag.-Schleimhaut als normal und gesund erweist. Das Orif. ext. ist deutlich als kleiner Querspalt zu sehen. Man kann im Speculum eine Port. vag. sehr klein und schmal durch den Farbenunterschied erkennen.

V.

Marie H., 21 Jahre alt, estn. Weib, war vom 15ten April bis zum 5ten Mai 1876 in der gynäkol. Klinik; sie ist seit 3 Jahren verheirathet, hat nur ein Mal eine menstruale Blutung gehabt, und zwar 2 Monate nach der Verheirathung, die 3 Tage dauerte, aber sehr spärlich war; wohl aber bestehen seit 4 oder 5 Jahren in regelmässigen Intervallen von 4 Wochen Schmerzen im Kreuz und ganzen Unterleibe mit allgm. Unpässlichkeit, die 2—3 Tage andauern, wobei eine geringe Absonderung eines klaren

Schleimes aus den Genitalien stattfindet. In der übrigen Zeit soll vollständiges Wohlsein bestehen.

Marie H. ist schlank, von zarter Körperbeschaffenheit, vollständig entwickelt und erwachsen, aber mit fast kindlichem Gesichtsausdruck, anämisch. Körperformen, Wesen und Charakter weiblich. Die Beckenmasse: Entfernung der Trochant. 32,5 Ctm., der Cristen 28,5, Spinen 26, Conjung. ext. 18, Körperlänge 160 Ctm., Schulterbreite 40. Verdauung, Schlaf sind gut.

Die Brüste sind vollkommen unentwickelt, so dass kaum Spuren der Warzen bemerkbar sind (auch die Mutter soll auffallend kleine Brüste gehabt haben).

An den äusseren Genitalien ist keine Spur von Haaren bemerkbar, die grossen Schamlippen sind normal, die kleinen nur angedeutet; die Clitoris ist kaum bemerkbar. Die Scheide normal lang, ein wenig erweitert, mit wenig Falten. Die Port. vag. ist nur in Form eines kleinen, weichen, rundlichen Vorsprunges zu fühlen.

Bei der Specularuntersuchung fand sich eine geglättete, sonst gesunde Scheide. Die Port. vag. zeigte sich als kleine kaum hervortretende Wölbung mit sehr kleiner Oeffnung.

Bei der comb. Untersuchung per. vag. und Bauchdecken war der Uterus kaum zu fühlen, besser fühlte man ihn per rect. und Bauchdecken, wobei man ein sehr bewegliches, kleines, auffallend schlaffes Organ fand, an dessen Fundus eine Anschwellung zu constatiren war; auch der Cervix ist so schlaff, dass er kaum sich gegen den Uterus abgrenzt. Das ganze Organ liegt ein wenig schräg im Becken mit dem Fundus nach links und dem Cervix nach rechts; links vom Uterus konnte man ein kleines bewegliches, empfindliches Ovarium durchfühlen, auf der rechten Seite jedoch nicht. Die Sondirung ist hier

jedoch nur mit einer sehr feinen Sonde möglich. Dieselbe dringt bis fast ans Knöpfchen hinein, über 6 Ctm. Untersucht man jetzt per rect. und Bauchdecken, so constatirt man ein langes, walzenförmiges schlauchartiges Organ mit sehr schlaffen Wandungen; ebenso sind hier auch die Wandungen des Cervix so schlaff, dass man denselben kaum vom Corpus uteri unterscheiden kann.

Während des Aufenthaltes der Pat. in der gynäk. Klinik trat eine Menstruation ein, bei der besonders Schmerzen in der linken Seite des kleinen Beckens empfunden wurden; eine geringe Menge Blut und Schleim floss aus den Genitalien; das Allgemeinbefinden war ein wenig alterirt. 2 Tage hielt dieser Zustand an; am 3ten Tage fühlte sich Pat. ganz wohl.

VI.

Jula A., 30 Jahr alt, estn. Bauermädchen, war vom 6. bis 31. Mai in der gynäkol. Klinik. Sie hat noch nie die Regeln gehabt, auch nicht bestimmte Beschwerden, die in regelmässigen Intervallen wiederkehren. Wohl klagt sie über Schmerzen im Kreuz, über kardialgische und hysterische Beschwerden, die seit dem 16. oder 17. Jahre eingetreten sind und fortwährend bestehen. Appetit, Verdauung und Schlaf sind immer gut gewesen.

Jula A. ist kräftig gebaut, aber ein wenig mager und bleich, von vollständig weiblichem Habitus. Die Beckenmasse sind normal. Abstand der Trochant. 32 Ctm., der Cristen 28, der Spinen 26, Conj. ext. 20, Neigg. 33°. Der Thorax ist gut gewölbt, die Brüste sind vollständig normal entwickelt. Der Mons Veneris normal, mit Haaren bedeckt, die grossen und kleinen Labien normal, das Hymen fehlt.

Der Scheideneingang ist eng, die Scheide etwas erweitert und ausgeglättet. Die Port. vag. steht normal, ist

klein, schlaff, geht vorne ins Gewölbe über, ist hinten sehr kurz; in der Mitte das Orific. ext. als kleines Grübchen. Die Specularuntersuchung ergiebt gesunde Verhältnisse und bestätigt das eben Gesagte. Nur per rect. und Bauchdecken findet man einen kleinen, schlaffen, beweglichen Uterus, dessen Fundus und Port. cerv. von etwas derberer Consistenz sind. Die beiden Ligg. recto-uterin. und beide Ligg. lata sind zu fühlen. Auf beiden Seiten des Uterus sind sehr kleine, bewegliche Ovarien nachzuweisen.

Die Sonde dringt bis über das Knöpfchen in die Höhle; dreht man dieselbe mit der Concavität nach hinten, hält sie so und untersucht per rectum und Bauchdecken, so findet man ein langes walzenförmiges, schlaffes Organ mit membranartigen Wandungen, durch die man die Sonde deutlich durchfühlen kann; zum Fundus hin bemerkt man eine kleine Anschwellung mit derberer Consistenz; ebenso markirt sich die Port. cerv. durch derbere Consistenz; nur einen kleinen Theil des Uterus bildet die Port. cerv. Der Fundus ist ein wenig dicker, als der Zeigefinger; die Wandungen sind so schlaff, dass es hier den Eindruck macht, als ob man die Sonde allein betastet.

VII.

Anastasia T., 23 Jahr alt, russisches Bauermädchen, war vier Wochen in der gynäkol. Klinik. Seit 5 Jahren leidet sie an monatlich wiederkehrenden, fünf, sechs Tage andauernden unangenehmen Empfindungen im Unterleibe mit allgemeiner Unpässlichkeit. Eine Menstrualblutung ist aber nie dagewesen. Diese unangenehmen Empfindungen kann Patientin nicht genau beschreiben; Schmerzen sind es nicht. In der übrigen Zeit ist vollständiges Wohlsein mit guter Arbeitsfähigkeit die Regel.

A. T. ist schlank gebaut, mit guter, kräftiger Musculatur, geringem Fettpolster, vollständig weiblich entwickelt.

Die Brüste sind gut entwickelt, prall. Die äusseren Genitalien sind normal. Scheideneingang, Scheide jungfräulich, normal. Der Scheidentheil kurz, sehr schmal, schlaff. Der Uterus ist nur per rectum und Bauchdecken als kleines schlaffes Organ zu palpiren; beiderseits sind die kleinen Ovarien nachzuweisen. Die Sonde dringt $\frac{1}{2}$ Zoll über die Marke hinein. Wendet man die Concavität zum Rectum, hält sie so und untersucht per rectum und Bauchdecken, so hat man wieder einen derberen Halstheil, einen membranartigen Körper, der um Vieles länger, als der erstere und einen etwas derberen, verdickten Fundus. Die Sonde ist durch die Wandungen des Körpers deutlich durchzufühlen.

Da in dem mir vorliegenden Material kein einziger Fall von Uterus foetal. vorkommt — in Dorpat sehr selten — derselbe aber später mit den Fällen von Uterus infantil., wie ich sie angeführt habe, zu vergleichen ist, so führe ich hier die Definition, wie sie fast völlig übereinstimmend von allen Autoren gegeben wird, an. Der foetale Uterus — im engeren Sinne — ist ein Uterus, dessen Cervix an Grösse den Körper stark übertrifft, bei fehlender oder eben hervorragender erbsengrosser Vaginalportion, dessen Körper einen membranartigen, nussgrossen Sack bildet. Der Halstheil hat eine derbere Consistenz, als der Körper. Die Länge der Höhle des ganzen Uterus entspricht der Länge der Höhle im foetalen Zustande und misst höchstens $1\frac{1}{2}$ Zoll.

Der Uterus infantilis, wie er in den angeführten Fällen beschrieben, der hier in Dorpat unter allen Bildungsfehlern

des Uterus am häufigsten vorkommt, ist deutlich charakterisirt dem Uterus foetal. gegenüber. Dieser Uterus infantilis ist ein langes, walzenförmiges Organ, dessen Höhle wenigstens 2, meist wohl $2^1/_2$ Zoll und darüber misst, mit schlauchartigen, membranartigen Wandungen des Körpers, dessen Fundus meist etwas angeschwollen und von derberer Consistenz ist; ebenso ist der Cervix von derberer Consistenz und lässt sich leicht bei der combinirten Untersuchung per rectum, während die Sonde in den Uterus eingeführt ist, abgrenzen. Die Sonde kann in den meisten Fällen bequem eingeführt und im Uterus umgedreht werden. Der Cervix bildet etwa $^1/_3$ des ganzen Uterus und letzterer ist häufig nur so dick, wie ein Finger, und dünner. Eine Port. vag. ist häufig nicht vorhanden, oder sie ist eine erbsengrosse oder wenig grössere Erhabenheit im Scheidengewölbe. Der Muttermund ist ein kleines Grübchen oder ein Querspalt. Dieses ist der Untersuchungsbefund bei im Uterus liegender Sonde. Ist die Sonde nicht eingeführt bei der Palpation, so sind die Verhältnisse in einzelnen Fällen ein wenig anders: der Uterus erscheint kleiner, der Körper dicker und nur wenig länger, oder ebensolang, wie der Halstheil, weil das schlaffe, in sich zusammengefallene Organ mit dem etwas verdickten Fundus fast dem Halstheil aufliegt.

Diese klinischen Untersuchungsresultate stimmen vollständig überein mit den zwei Fällen, die von Braun, Chiari und Spaeth in der „Klinik der Geburtskunde und Gynäkologie“ 1855 beschrieben werden; auch hier sind es nur Untersuchungsresultate an der Lebenden. Dasselbe gilt für die meisten Fälle, die v. Holst in den oben angeführten Abhandlungen beschrieben hat. Livius Fürst citirt in seinem Werke nur Fälle von v. Holst. Sonst finde ich keinen Fall von Uterus infantil., an der

Lebenden diagnosticirt, beschrieben. Schroeder beschreibt in seiner erwähnten Schrift in Scanzoni's Beiträgen 4 Fälle von Uterus foetalis.

Ich muss aber hier bemerken, dass ausser in meinen 4 ersten Fällen in keinem anderen von einem Längenverhältniss zwischen Körper und Halstheil gesprochen ist. Vergleichen wir jetzt meine klinischen Ergebnisse am Uterus infantil. mit den pathologisch-anatomischen Definitionen Kussmaul's und den embryologischen Fürst's, so finden wir auch hier eine ziemliche Uebereinstimmung. Ueber den Uterus infantil. will ich kurz das Gesagte wiederholen: „Der Uterus eines erwachsenen Weibes erinnert an den des geschlechtsunreifen Mädchens vom 1. bis zum 16. Lebensjahre. Die Gebärmutter erreicht eine Länge von 2 Zoll und darüber oder gewinnt die volle Länge eines jungfräulichen, ohne die anderen Eigenthümlichkeiten. Der Arbor vitae erstreckte sich in den meisten Fällen bis zum Orific. int. cervic. und die Höhle des Körpers erschien glatt, ein Beweis, dass in diesen Fällen die Gebärmutter noch im sechsten bis siebenten Jahre oder später Entwicklungsfortschritte gemacht hatte.“ Im Uebrigen verweise ich auf Seite 12 u. ff. Fürst sagt vom Uter. infantil.: „Von der Geburt bis zur Pubertät und deren Ende nimmt die Wand des Körpers und Grundes des Uterus gradatim an Dicke zu, während zugleich — bis zum sechsten Jahre — die Schleimhaut des Uterus glatter wird. Werden diese Veränderungen gehemmt, so entsteht der Uterus infantil. Der Uterus foetal. hat alle Charaktere des Uterus vor der Geburt: er ist kleiner und hat Falten der Schleimhaut auch im Körper. Dem ersten Kindesalter ist eine absolut zu grosse Höhle und eine höchst geringe Entwicklung der Uterus-Musculutur eigen.“

Nur eines stimmt in meinen Untersuchungsresultaten gar nicht mit den Angaben Kussmaul's überein. Während ich, wie schon angeführt, mit einiger Sicherheit in Fall II und III glaube angeben zu können, dass die Länge des Cervix $^1/_3$ der ganzen Uterus-Länge ausmacht — die Sondenuntersuchung und die grössere Derbheit des untern Uterus-Abschnitts scheint es zu ergeben — sagt Kussmaul und die anderen Autoren, die darüber sprechen: „Die Länge des Halses überwiegt bei diesem Bildungsfehler immer beträchtlich die des Körpers."

Leider habe ich keinen einzigen Sectionsbefund oder ein Spirituspraeparat aufzuweisen; zum Theil auch aus diesem Grunde bin ich nicht im Stande, diese Differenz zu erklären; es kann vielleicht der obere Theil des Cervix weniger derb gewesen, in seiner Consistenz dem Körper gleichgekommen und so für den unteren Theil des Körpers von mir gehalten worden sein. Dann aber bleibt übrig zu erklären, weshalb jedesmal beim Einführen der Sonde, immer etwa auf dem dritten Theil des ganzen Weges, ein Hinderniss auftrat, das den Eindruck machte, wie man ihn beim Passiren des inneren Muttermundes hat. Es sind ja aber, wie bemerkt, nur diese drei Fälle von Uterus infantilis, bei denen durch die Untersuchungsmethode das Verhältniss der Länge des Cervix zum Körper zu bestimmen versucht wurde.

In klinischer Hinsicht würde sich also der Uterus infantilis vom Uterus foetalis durch seine grössere Länge unterscheiden; während der pathologische Uterus foetalis die Länge des foetal. Uterus, also höchstens $1^1/_2$ Zoll hat, hat der Uterus infantil. ein Längenwachsthum durchgemacht und kann bis 3 Zoll lang sein. Die pathologischen Anatomen würden auch einen solchen Uterus schon Uterus

infantil. nennen, der alle Verhältnisse des foetalen bietet, jedoch die Falten der Schleimhaut des Körpers verloren hat.

In den früher angeführten Citaten aus der Literatur und den Lehrbüchern findet man, dass einige Autoren gar keinen Unterschied zwischen Uterus foetal. und infantil. machen; andere wieder die beiden Formen Uterus foetal. und den sonst normal gebauten aber kleinen Uterus (Uterus en miniature) Uterus infantilis nennen. — Das vom Uter. unic. ohne Nebenhorn im Fall I Gesagte, stimmt mit dem von Kussmaul u. and. Autoren darüber Angeführten überein.

Alle in den sieben Fällen abgehandelten Beobachtungen und Untersuchungen berechtigen wenigstens zum Schluss, dass die Diagnose dieser rudimentären Uterus-Formen im Allgemeinen mit der angegebenen Methode in den meisten Fällen, wo nicht die Scheide fehlt — was höchst selten — mit grosser Sicherheit gestellt werden kann, und dass ferner die combinirte Untersuchung per rectum und Bauchdecken hier ganz besonders nützlich und unerlässlich ist; die Ligamenta recto-uterin. und die Ligg. lata sind anders kaum nachweisbar, meist auch die Ovarien.

Wie schon aus dem früher Gesagten hervorgeht, gehört zur Diagnose des rudimentären Uterus die Kenntniss der dünnen, schlaffen Wandungen des Corpus Uteri mit etwas derberem Fundus; der derberen, doch sehr selten normal derben und dickeren Wandungen des Cervix, der Beweglichkeit des Organs, der Richtung desselben, der Länge der Höhle etc. Alles das Angeführte gelingt es durch die v. Holst'sche Methode besonders genau nachzuweisen.

Die Differential-Diagnose zwischen Uterus foetal. und infantil. wird in vielen, vielleicht in den meisten Fällen leicht zu stellen sein. Das wichtigste Unterscheidungs-

merkmal ist die Länge der Uterus-Höhle, die beim Uterus foetal. höchstens $1^1/_2$ Zoll, beim Uterus infantil. in der bei Weitem grössten Mehrzahl nach den Erfahrungen in Dorpat $2^1/_4$—$2^3/_4$ Zoll misst; also ein ziemlich bedeutender Unterschied. Dass die Sonde bis an's Ende der Höhle eingeführt ist, kann man am schlaffen und beweglichen Organ constatiren, wenn man mit dem Finger im Mastdarm den mit der umgedrehten Sonde entgegengedrückten Uterus betastet. Ausser der Länge der Höhle ist noch ein Merkmal zu erwähnen, dass nur dem Uterus infantil., wenn auch nicht in allen Fällen, zuzukommen scheint: der im Verhältniss zum übrigen Körper etwas breitere und derbere Grund; drittens findet man bei der combinirten Untersuchung per rectum und Bauchdecken, während die Sonde in der Uterus-Höhle liegt, ein relativ sehr langes Organ, bei welchem der Halstheil ungefähr den dritten Theil desselben auszumachen scheint; der ganze Uterus foetalis ist kurz mit vorwiegend langem Halstheil und häufig nur nussgrossem Körper. Der Uterus infantil., der in den meisten Fällen das fast normale Längenwachsthum durchgemacht hat, wird gewiss, ein wenn auch nur sehr geringes Breitenwachsthum zeigen: der Uterus infantilis müsste demnach ein wenig breiter sein, als der Uterus foetal.; am Fundus wird man das jedenfalls finden, wenn derselbe derber als der Körper des Uterus ist.

Wenn in der Klinik zu Dorpat ein rudimentärer Uterus in Frage kommt, so ist die grösste Wahrscheinlichkeit dafür, dass es ein Uterus infantil. mit den beschriebenen Merkmalen ist, da derselbe am häufigsten unter allen Bildungsfehlern vorkommt; viel seltener ist der Uterus unicorn. und noch seltener der Uterus foetalis. Schwieriger muss die Differential-Diagnose zwischen Uter. foetal. und infantil.

sein, wenn durch irgend einen Umstand die Sondenuntersuchung nicht möglich ist — ein seltenes Vorkommen —, weil in diesem Fall die Kenntniss der Länge der Höhle fortfällt, und das schlaffe in sich zusammengesunkene Organ bei der combinirten Untersuchung ohne die eingeführte Sonde kleiner erscheint; die untere derbere Parthie erscheint jetzt fast ebenso lang, wie die obere, schlaffere. Trotzdem muss auch so der ganze Uter. grösser und breiter erscheinen, als der Uter. foetal., besonders am Fundus. Alle diese Unterscheidungs-Merkmale sind natürlich a priori construirt, da mir alle Erfahrungen über den Uterus foetal. abgehen.

Was den Uterus unicornis anbetrifft, so scheint mir die Anwendung der besprochenen Methode leichter zum Ziel zu führen, als jede andere. Es ist wahrscheinlicher, dass man ein rudimentäres Nebenhorn auffinden wird, wenn man den Uterus combinirt per rectum betastet, während die Sonde in der Höhle desselben liegt; findet man ein solches, so ist neben anderen Momenten dieses ein sehr wichtiges zur Erkennung des Uterus unicornis.

Ferner wird man bei Anwendung dieser Methode, wenn aus anderen Anhaltspuncten die Diagnose des Uterus unicorn. sehr wahrscheinlich wird, in selteneren Fällen ein rudimentäres Nebenhorn übersehen, als bei der combinirten Untersuchung ohne die Hilfe der Sonde, wobei es häufig sehr schwierig ist, wenn der Uterus sehr schlaff, sich überhaupt irgend eine Vorstellung von demselben zu machen.

Wie im Fall I gesagt, kann die Sonde auch in anderer Hinsicht die Merkmale des Uter. unicorn. auffinden helfen, indem sie, wenn man sie leicht in den Uter. hineingleiten lässt, eine nur für diese Uterus-Form charakteristische Stellung einnimmt. Sie dreht sich mit ihrer Concavität so, dass letztere parallel zur Concavität des Uter.

steht. In unserem Falle stellte sie sich mit der Concavität nach links, mit dem Ende nach links oben, während der Griff stark nach rechts abwich.

Versucht man den Uterus mit der Sonde aufzurichten und controlirt dieses vom Mastdarm aus, so findet man, dass es nicht gelingt, dass der Uterus aus seiner schrägen Lage nicht herauszubringen ist, dass er nach rechts hin ganz unbeweglich ist, während er sich leicht noch stärker krümmen, also nach links, ebenso nach vorn und hinten bewegen lässt.

Dass der Uterus im Fall I nach rechts gar nicht beweglich ist, wohl aber nach links, vorn und hinten, wird dadurch erklärt, dass nur auf der Seite, wo der Müller'sche Gang sich entwickelt, hier links, ein Ligament. latum vorhanden ist, während es auf der anderen Seite fehlt oder verkümmert ist; die Beweglichkeit nach rechts wurde durch das vorhandene Lig. lat. sinistr. gehindert.

Neben den eben genannten Merkmalen waren noch mehrere vorhanden, die den Uter. unicorn. aufs Deutlichste charakterisiren und am sichersten durch die mehrfach erwähnte Methode nachgewiesen wurden. Der Uterus wurde zum Fundus hin schmaler; dicht an diesen Fundus schloss sich ein längliches Ovarium an.

Die Wandungen des Uterus-Körpers waren dünn, schlauchartig, der Halstheil hatte derbere, ja normal derbe und dickere Wandungen; der Uterus war normal lang und so dick, wie ein Finger. Der Körper bildete $^2/_3$, der Halstheil $^1/_3$ des Uterus; die Port. vag. war auffallend schmal, ragte aber deutlich in die Scheide hinein und war von normaler Consistenz. Die Anamnese ergiebt häufig, dass die Menstruation in normalen vierwöchentlichen Intervallen wiederkehrt. Eines Merkmales möchte ich noch erwähnen,

ohne grosses Gewicht darauf zu legen: der Muttermund war ein halbmondförmiges Grübchen mit der Convexität nach der Seite des entwickelten Hornes hin; wir haben hier gleichsam die Hälfte des runden Grübchens.

Alle die angeführten Merkmale waren durch die klinische Untersuchungsmethode nachweisbar. Der Schluss, dass man in ausgesprochenen Fällen von Uterus unicorn. mit der grössten Sicherheit die Diagnose an der Lebenden stellen kann, ist gewiss erlaubt, ebenso, dass man mit Sicherheit eine Differential-Diagnose zwischen dem Uterus unicorn. ohne Nebenhorn, foetalis und infantilis stellen kann. Der Uterus unicorn. und infantil. haben mehrere Merkmale mit einander gemein: die Länge, die Beschaffenheit der Wandungen des Körpers; der Halstheil ist bei beiden derber und hat dickere Wandungen, wie der Körper; die Zahl der abweichenden Merkmale aber ist eine viel grössere. Beim Uterus infant. ist der Fundus meist derber, dicker wie der Körper und endet abgerundet; der Uterus unicorn. wird nach oben hin dünner und schmaler. Beim Uterus unicorn. schliesst sich dicht an den Fundus das längliche Ovarium, während beim Uterus infantil., wenn dort nur ein Ovarium zu palpiren, man dasselbe in grösserer Entfernung, zur Seite und ein wenig nach hinten, als erbsen- oder kirschkerngrosses, rundliches Organ findet. Beim Uterus unicorn. ergiebt die Anamnese eine regelmässige Menstruation, während das beim Uterus infant. nie der Fall ist. Der Uterus unicorn. kann schwanger werden, der Uterus infantil. nie. Ist im Uterus unicorn. Schwangerschaft gewesen oder hat längere Zeit die Menstruation regelmässig stattgefunden, so werden die Wandungen des Körpers eine grössere Dicke und Derbheit besitzen, als die des Uterus infantil.

Der Uterus unicorn. ist stark nach einer Seite gekrümmt, liegt schräg in der betreffenden Beckenseite, kann aber mit der Sonde nicht aufgerichtet werden, während ein Uter. infant., der schräg im Becken liegt, leicht aufgerichtet werden kann.

Beim Uterus unicorn. kann man eine deutlich abgrenzbare, fast normal lange, wenn auch sehr schmale Port. vag. finden, beim Uterus infantil. nicht.

Findet man am Uterus ein Anhängsel, also ein Nebenhorn, so ist der Uter. infant. ausgeschlossen.

Kann man ein Lig. lat. und ein Lig. recto-uterin. auf der Seite, nach welcher sich der Uter. neigt, sehr deutlich nachweisen, auf der andern Seite aber dieselben nicht finden, so spricht das für den Uterus unicorn.

Findet man beiderseits vom normal liegenden rudiment. Uterus in gleicher Entfernung von demselben ein Ovarium, so kann man mit einiger Wahrscheinlichkeit den Uterus infantil. annehmen. Die eben besprochene Differentialdiagnose kann nur dort gemacht werden, wo die Sondenuntersuchung möglich ist, wo die beiden Uterus-Formen sehr ausgesprochene Merkmale haben und der Untersuchung keine besonderen Schwierigkeiten entgegenstehen. Ich glaube aber, dass bei diesen zahlreichen Merkmalen immer noch Anhaltspunkte zur Differential-Diagnose bei weniger günstigen Fällen vorhanden sein werden, um dieselbe trotzdem mit einiger Wahrscheinlichkeit stellen zu können.

Dass gewiss noch in manchen Fällen nicht einmal mit einiger Wahrscheinlichkeit eine speciellere Diagnose wird gestellt werden können, will ich gar nicht in Abrede stellen.

Die speciellere Diagnose zwischen dem Uterus unicorn. ohne Nebenhorn und dem Uter. foetal. kann noch weniger Schwierigkeiten machen. Die Länge des Uterus unicorn. ist meist die eines normalen Uterus oder nur wenig geringer: im Fall I ist der Cervix $^1/_3$, der Körper $^2/_3$ des Uterus; beim Uterus unicornis ist häufig ein deutlicher Scheidentheil zu fühlen etc. Die in den vorigen Seiten angegebenen Merkmale des Uterus unicorn. und foetal. zeigen, dass eine Verwechselung dieser beiden Uterus-Formen sehr selten vorkommen dürfte. Anders verhält es sich, wenn eine Differential-Diagnose zwischen einem Uterus unicorn., der auf seiner foetalen Entwicklungsstufe zurückgeblieben ist — was doch möglich sein müsste — und einem Uterus foetal. im engeren Sinne gestellt werden soll. In diesem Fall, glaube ich, muss man fast unüberwindlichen Schwiergkeiten begegnen. Ist man sicher, ein Nebenhorn gefunden zu haben, so kann man auch den foetalen Uterus unicornis diagnosticiren; ferner müsste eine deutlich schräge Lage des Uterus, der durch die Sonde nicht vollständig aufgerichtet werden kann, auffallen. Der Uterus foetal. dagegen, wenn er schräg im Becken liegt, würde sich durch die Sonde — natürlich bei Controle durchs Rectum — nach allen Richtungen hin frei bewegen lassen müssen.

Ist eine Sonde in diesen Fällen nicht einzuführen, so muss, wenn man ein Nebenhorn nicht finden kann, die Differential-Diagnose unmöglich sein.

Jetzt bleibt mir die Differentialdiagnose des Uterus rudiment. im Allgemeinen (Uter. unicorn., foetal., infantil.) von einigen anderen Uter.-Zuständen, die in einzelnen Fällen vielleicht eine Verwechselung bedingen könnten. So von dem erschlafften Uterus, wie er bei langdauernder

Amenorrhoe, während heftiger Chlorose und durch zu langes Säugen oder andere die Constitution schwächende oder erschlaffende Momente hervorgerufen wird.

Man kann hier häufig bei der combinirten Untersuchung den Uterus kaum palpiren, geschweige denn, sich ein Urtheil über seine Dimensionen oder die Dicke seiner Wandungen bilden — besonders bei Chlorose, wo die Bauchwandungen sehr dick sein können. Bessere Resultate giebt die doppelte Untersuchung durch den Mastdarm. Führt man die Sonde ein, so findet man eine normale Länge; betastet man per rectum und Bauchdecken bei im Uterus fixirter Sonde den Uterus, so findet man dicke, wenn auch schlaffe Wandungen, — die am Corpus uteri dicker, als am Cervix sind; — die Breiten- und Dickendimension kann man auf diese Weise leichter feststellen.

Bei keinem Uterus, ausser beim atrophischen und senil involvirten, lässt sich die Sonde so bequem umdrehen, wie bei den rudimentären Formen. Bei einem sonst normalen, nur erschlafften Uterus ist die Port. vag. normal, während dieselben bei den rudimentären Formen fehlt oder sehr klein ist.

Einer Verwechselung mit einem Uterus atrophic., wie er nach Wochenbettserkrankungen in einzelnen Fällen sich ausbildet, wie er durch lange bestehende Lageveränderungen, durch Erkrankungen, die eine Cachexie hervorrufen, enstehen kann, und mit dem Uterus senilis, der wohl klinisch-diagnostisch mit ersterem identisch ist, kann durch die Anamnese vorgebeugt werden. Einen senil involvirten Uterus unicorn., der normal functionirt hat, wird man wohl in den seltensten Fällen diagnosticiren können.

Da der Uter. senil. auf's genaueste klinisch dem Uter. infantil. gleichen kann — in den späteren Stadien der Involution — so möchte ich einige Notizen über Fälle der Art in verschiedenen Stadien anhangsweise hier wiedergeben, besonders, da ich Einzelnes dabei gefunden, was in der Literatur mir nirgendwo aufgefallen ist.

Alle Fälle sind von mir selbst während meiner Assistentenzeit beobachtet und häufig untersucht.

Kadri S., circa 47 Jahr, estn. Weib, hat 4 Mal geboren; die letzte Entbindung vor 11 Jahren, letzte Menstruation vor 1½ Jahren; erste im 17. Jahr. Kleine magere Person mit allgemein beginnender seniler Schrumpfung, sonst gesund. Körperlänge 145 Ctm., Schulterbr. 35, Beckenm.: Troch. 30, Cristen 28, Spin. 26, Conj. ext. 19,5. Neigg. 40°.

Scheideneingang ein wenig klaffend, die Scheide glatt, weit, normal lang, Port. vag. in der Breitendimension ein wenig reducirt, erscheint dicker, als das Corpus uteri, von cylindrischer Gestalt, sieht ein wenig nach rechts. Die vordere Lippe sehr kurz, geht fast über ins vordere Scheidengewölbe, wird von der hinteren ein wenig überragt, die ungefähr 1—1½ Ctm. lang ist. Der Muttermund gekerbt, für die dickste Sonde zugänglich, die bis über das Knöpfchen hineindringt. Die Sonde lässt sich leicht im Uterus umdrehen und hin- und herbewegen; die Wandungen erscheinen verdünnt. Der Uter. normal gelegen, von der Grösse eines jungfräulichen, schlaff beweglich; in der Breitendimension erscheint er reducirt; das Corpus erscheint fast dünner, als der Cervix. Die Ovarien sind beide sehr deutlich nachzuweisen — walzenförmig, bleifederdick.

Mai R., 45 Jahr alt, estnisches Weib, ist 1 Mal schwanger gewesen; vor 10 Jahren eine normale Entbindung; die erste Menstr. im 17. Jahr, die letzte vor 3 Jahren.

Die Person ist mittelgross, mager. Beckenmasse normal, Neigg. 31°.

Die äusseren Geschlechtstheile unverändert, der Scheideneingang weit, ebenso auch die glatte, schlaffe Scheide, Port. vag. ein wenig nach hinten und links, deutlich verkleinert, konisch; dieselbe ist schmal und kurz, ziemlich derb, die vordere Lippe ein wenig länger, als die hintere. Das Orif. ext. eine Grube, für die Fingerkuppe nicht zugänglich; zur Seite Einrisse und Kerben. Der Uter. über die vordere Fläche gekrümmt, retrovertirt, der Körper schlaff, klein; die Sonde ergiebt die normale Länge; die Wandungen des Körpers und Cervix gleich dick; es ist noch kein Uter. membranaceus. Das linke Ovarium zu fühlen.

Anna J., 54 Jahr, estn. Mädchen, hat zwei Mal geboren, das letzte Mal vor 18 Jahren; die erste Menstruation im 20. Jahr, die letzte vor 4 Jahren.

Die Person ist klein und mager. Beckenmasse normal, Neigung 38°.

Die äusseren Geschlechtstheile klaffend, die kleinen Labien im Schwinden. Die Scheide ist weit und glatt. Port. vag. deutlich kürzer und schmäler geworden, die vordere Lippe geht ins Gewölbe über. Die hintere Lippe sehr kurz, steht höher als die vordere. Um das Orific. ext. Kerben. Die Sonde dringt über die Marke hinein, am inneren Muttermund ein Hinderniss. Der Uter. reclinirt, schlaff, beweglich, in den Breiten- und Dickendimensionen stark reducirt, walzenförmig. Das Corpus uter. erscheint bei der combinirten Untersuchung etwa 3 Ctm. lang und 2 Ctm. breit. Untersucht man combinirt bei in der Höhle liegender umgedrehter Sonde per rectum, so findet man die Wandungen des Corpus dünner, als die des Cervix,

doch noch nicht ganz so dünn, wie bei den meisten Uter. infantil. Um das Orific. ext. Röthung, Erosionen; aus der Oeffnung tritt blasser, zäher Schleim. Die Port. vag. ist so schmal, wie eine jungfräuliche, oder ein wenig schmäler.

Marri E., 50 Jahr, estn. Weib, hat 7 mal geboren, das letzte Mal vor 10 Jahren. Die erste Menstruation im 18. Jahr, die letzte vor $2^1/_2$ Jahren.

Die Person ist über mittelgross, kräftig, gesund. Beckenmasse normal, Neigg. 35°.

Die Vulva ein wenig klaffend, in der Rückbildung besonders die kleinen Labien, Scheideneingang weit, wie auch die Scheide, die glatt und schlaff. Die Port. vag. schmäler wie eine jungfräuliche, cylindrisch, $^1/_4$—$^1/_2$ Ctm. lang; Orific. ext. klein, Kerben. Der Uter. ist bei der doppelten Untersuchung sowohl per vag., als auch per rectum schwer zu palpiren, nur den Cervical-Theil fühlt man. Das Corpus so dünn, wie ein Finger, walzenförmig. Der Uter. sehr beweglich, schlaff, wird bald antevertirt, bald retrovertirt, oder in Lateralversion gefunden. Die Sonde dringt über das Knöpfchen in die Höhle; dreht man dieselbe um, was sehr leicht auszuführen, und untersucht per. rect. und Bauchwandungen, so findet man einen langen, walzenförmigen Uter., so dick wie ein Finger, mit dünnen, schlaffen Wandungen, durch die man die Sonde leicht durchfühlen kann. Die Wandungen des Cervix sind dicker und derber; auch am Fundus ist eine derbere, dickere Parthie zu bemerken. Um den Muttermund Erosionen; aus demselben fliesst blasser, zäher Schleim.

Marri U., 48 Jahr, estn. Weib, ist 4 mal schwanger gewesen. Die letzte Entbindung vor 18 Jahren. Die letzte Menstruation vor 5 Jahren.

Die Person ist mager, decrepid, im Uebrigen gesund, über mittelgross, Beckenmasse normal, Neigung 31°. Aeussere Geschlechtstheile klaffend, die kleinen Labien im Schwinden. Die Scheide im Gewölbe sehr eng geworden, bietet dort das Gefühl der Zerreisslichkeit, hochgradiger Dünnheit dar. Port. vag. gar nicht vorhanden. Im Gewölbe eine kleine Oeffnung mit härteren Rändern rundum. Die Sonde dringt bis über bie Marke in den Uter. hinein, am inneren Muttermund, etwa $^1/_3$ der Strecke, ein Hinderniss. Das Corpus uter. ist trotz der Dünnheit und Schlaffheit der Bauchwandungen, weder durch die combinirte Untersuchung per vag. noch per rectum irgend wie durchzufühlen, nur bei eingeführter und umgedrehter Sonde per rectum und Bauchdecken nachzuweisen; die Sonde ist im Uter. leicht umzudrehen und hin und her zu bewegen; der Uterus ist schmal, lang, dünner wie ein Finger, mit überaus schlaffen, dünnen Wandungen, durch die die Sonde ganz deutlich durchzufühlen; es macht den Eindruck, als wenn zwischen der Sonde und dem Finger nur die Mastdarmwand ist; der Cervix hat dickere Wandungen und bildet etwa den dritten Theil des ganzen Uterus.

Christine S., 62 Jahr, deutsche Frau, ist nie schwanger gewesen, obschon die Menstruation immer regelmässig war; die letzte vor 10 Jahren; kurz vorher noch starke Menorrhagieen. Die grossen Labien eng an einander liegend; die kleinen nicht einmal andeutungsweise vorhanden. Scheideneingang eng, ebenso die Scheide, die zum Gewölbe hin sehr eng wird; die ganze Scheidenschleimhaut ist dünn und zerreisslich. Die Port. vag. ist ganz geschwunden, nicht einmal eine Andeutung vorhanden. Der Muttermund, eine ganz kleine Oeffnung, erlaubt die Sonde nur eine kleine Strecke einzuführen, da man nur mit grosser

Vorsicht seine Versuche anstellen darf, wegen der grossen Dünnheit und Zerreisslichkeit des Gewebes. Mit wenig mehr Kraftanwendung würde die Sonde wahrscheinlich tiefer eindringen, wohl wieder bis zur Marke. Der Uter. ist per rectum und Bauchdecken als normal langer, bleifederdicker Strang zu fühlen, reclinirt und mit dem Fundus ganz in der linken Beckenhälfte. Hier könnte man vielleicht an einen Uter. unicorn. denken, natürlich fehlt jeder Anhaltspunkt für eine sichere Diagnose.

Eine Erscheinung kommt allen diesen Fällen von seniler Involution zu. Herr Prof. Dr. J. v. Holst hat mich zuerst darauf aufmerksam gemacht: es ist das ein eigenthümliches, schwer zu beschreibendes Gefühl, das sich dem untersuchenden Finger im ganzen Scheidengewölbe, am meisten hinten, darbietet: es ist das Gefühl der Rauhigkeit, als ob der Finger über eine Wachsplatte gleitet und dann das Gefühl des Knisterns. Wenn diese Erscheinung mit dem Gehörssinn wahrgenommen werden könnte, so würde dieselbe als sehr ähnlich dem Knisterrasseln zu bezeichnen sein. Diese Erscheinung ist bei derselben Person bald stärker, bald schwächer; bald nur im hinteren Scheidengewölbe, bald um die ganze Port. vag.; an manchen Tagen fehlt sie ganz; es ist nicht gesagt, dass je weiter vorgeschritten die senile Involution, desto deutlicher dieselbe sein müsste.

Bei der Specular-Untersuchung findet man die Schleimhaut des ganzen Scheidengewölbes, besonders des hinteren sehr anämisch, sich stark dadurch abhebend von den anderen Theilen der Vaginal-Schleimhaut.

Wenn ich zusammenfasse, was ich über die rudimentären Uterus-Formen in meinen Beobachtungen gesagt, und auch das benutze, was v. Holst darüber schreibt, so er-

giebt sich Folgendes: Es sind meist Mädchen oder Frauen zwischen 18 und 28 Jahren, die in die Klinik kommen. Ihre Klagen beziehen sich auf mehr oder weniger auffallende bleichsüchtige und hysterische Beschwerden, von denen sie glauben, dass dieselben geheilt werden können, wenn es in der Klinik dazu gebracht werden kann, dass die Menstruation eintritt; oder die Klagen beziehen sich auf die Sterilität in der Ehe. In vielen Krankengeschichten finde ich, dass die bleichsüchtigen Erscheinungen bei passenden Verordnungen um Vieles gebessert worden sind. Es ist daher wohl schwer die Bleichsucht in irgend welche Beziehung zur rudimentären Ausbildung der Genitalien zu bringen, besonders da die Bleichsucht in diesen Jahren bei den Estinnen überaus häufig vorkommt, ebenso alle möglichen nervösen und hysterischen Erscheinungen. Viele von ihnen unterscheiden sich in ihrem Wesen und Habitus in Nichts von anderen jungen Mädchen ihres Alters.

Ihre Neigungen und ihr Gemüth, so weit sich das feststellen läst, sind vollständig weiblich. Weibliche Tugenden finden sich bei ihnen ebenso ausgeprägt, wie bei normal gebauten.

Sie können kräftig und stark gebaut sein, normal grosse oder grössere Becken von vollkommen weiblichem Aussehen und weiblicher Form haben. Sie können nach Kussmaul und Anderen Neigung zum männlichen Geschlecht haben, ja derselbe Autor behauptet und stützt sich dabei auf einen bestimmten Fall, dass bei einzelnen Individuen mit einem Uterus foetal. oder infantil. und verkümmerten Ovarien, die Sinnlichkeit ganz besondes stark entwickelt sein kann.

Ebenso kommen unter den Mädchen und Weibern mit verkümmerten Genitalien vielleicht mehr, als unter

den mit normal entwickelten, körperlich und geistig zurückgebliebene, Individuen vor.

Die angeführten Beschwerden datiren die meisten aus der Zeit her, in welcher sie aus dem Kindesalter traten, also aus der Pubertätszeit.

Zuletzt möchte ich noch kurz auf die praktische Wichtigkeit der Diagnose der beschriebenen Uterus-Formen an der Lebenden hinweisen.

Findet man bei einem jungen Mädchen, bei dem man dem Alter nach einen entwickelten jungfräulichen Uterus erwarten darf, einen Uterus foetal. mit mehr oder weniger zurückgebliebener Körperentwicklung, so liegt kein Grund vor hier die Prognose hinsichtlich nachträglicher Entwicklung des Uterus und später gegebener Möglichkeit zu concipiren schlecht zu stellen; es könnte hier ein Fall von spät eintretender Geschlechtsreife, die selbst lange nach dem zwanzigsten Lebensjahr eintreten kann (v. Holst: Beiträge Bd. I u. andere), also von einem wirklich noch entwicklungsfähigen Uterus vorliegen.

Hier würde man neben der Behandlung des Allgemeinleidens eine locale Behandlung, die eine stärkere Congestion zu den Organen des kleinen Beckens hervorruft, zur geeigneten Zeit einleiten. In welchen Fällen das mit Erfolg, in welchen ohne Erfolg geschehen wird, dürfte sich einer genauen Bestimmung vollständig entziehen.

Ich will hiermit sagen, dass man bei einem Uterus foetal. unter den oben angeführten Umständen höchst selten genau wird angeben können, ob derselbe nicht ein noch entwicklungsfähiger ist.

Ist dagegen das Mädchen körperlich vollständig entwickelt oder über 26 Jahr alt, dann wird die Prognose

schlecht zu stellen und ebenso auch jede Therapie zu vermeiden sein, wie das beim Uterus infantilis beides der Fall ist.

Beim Uter. infantil., wo ein gewisses Pubertäts-Wachsthum stattgefunden, die Höhle des Uterus die normale Länge erreicht hat, die Musculatur der Wandungen jedoch auf der kindlichen Stufe stehen geblieben ist, die Ovarien, wo dieselben zu palpiren, meist abnorm klein, also auch in der Entwicklung zurückgeblieben sind, da kann wohl von einer nachträglichen Entwickelung zur Norm nicht die Rede sein — unheilbare Sterilität ist hier anzunehmen. (Kussmaul u. Andere). Von den in der Dörptschen Klinik beobachteten Fällen ist es wohl vorgekommen, allerdings selten, dass die eine oder andere dieser Kranken nach einem längeren Zeitraum wieder zur Untersuchung kam, nie aber ist irgend eine Veränderung zu constatiren gewesen, wenn die Diagnose sicher gestellt werden konnte.

In diesen Fällen würde also jede locale Therapie zu unterlassen sein. Einzelne Autoren, besonders Kiwisch, warnen vor einer solchen, da durch dieselbe nur nutzlose, qualvolle Congestionserscheinungen zu den Beckenorganen hervorgerufen werden, die zum grossen Nachtheil des Individuums gereichen können.

Die Diagnose des Uterus unicornis ist besonders dort wichtig, wo ein rudimentäres Nebenhorn gefunden wird. Da in letzterem auch Schwangerschaft eintreten kann, wird man, wenn die Diagnose früher einmal gestellt wurde, den sonstmeist unausbleiblich delétären Ausgang zeitig genug verhindern können. Die Schwangerschaft im ausgebildeten Horn, die Geburt und das Wochenbett sollen nach Kussmaul und den anderen Autoren, die darüber Angaben

machen, wie beim normalen Uterus verlaufen. A priori sollte man denken, dass die Dünnheit der Wandungen und die schiefe Lage des Uterus leicht Wehenschwäche, abnorme Haltungen und Stellungen des Kindes bedingen könnten.

Thesen.

1. Die weiten Becken im Estenvolk sind durch natürliche Zuchtwahl entstanden.
2. Es giebt keine Scarlatina puerperalis.
3. Bei Steisslagen ist in einzelnen Fällen die Zange unvermeidlich.
4. Die Ausbildung des Beckens zum normalen weiblichen ist völlig unabhängig von der Ausbildung der weiblichen Geschlechtsorgane.
5. Die Wiederholung von Steissgeburten bei ein und demselben Weibe lässt eine Constitutionsanomalie bei den Kindern voraussetzen, die von den Eltern vererbt sein kann.
6. Das plötzliche Entziehen des Morphiums bei Morphiophagen ist dem allmählichen Entziehen vorzuziehen.